



CORSO DI ALTA FORMAZIONE

**ESCLUSIONE SOCIALE
E MIGRAZIONI.
LA QUESTIONE DEI SENZA
FISSA DIMORA**

GIUSEPPE RIEFOLO



Demetra

La clinica della vulnerabilità dei pazienti migranti in una
dimensione etnico-clinica e multi-professionale

martedì 23 aprile 2024

**Esclusione sociale e migrazioni.
La questione dei senza fissa dimora**

Giuseppe Riefolo

SPI; SMES-Italia

Tesi:

- La condizione SD è una figura psicopatologica specifica
- Connessa ad eventi traumatici sia relazionali che complessi
- Comporta specifiche modalità dissociative;
- Condizione post-traumatica di sopravvivenza di stati del Sé dissociati;
- Gli oggetti concreti sono elementi di relazione e reciprocità
- Gli interventi psicoterapeutici chiedono sintonizzazione prima che interpretazioni
- I setting si organizzano con gli elementi concreti
-

SD

“colui che non ha in alcun comune quella dimora abituale che costituisce l’elemento necessario per l’accertamento della residenza”

(Legge e regolamento anagrafico, 1992)

- “residenti” nel comune cui più frequentemente fanno capo”:

Roma: via Modesta Valenti;

Torino: via della Casa Comunale, 1

fiio.PSD considera la persona senza dimora come un soggetto in stato di povertà materiale ed immateriale, portatore di un disagio complesso, dinamico e multiforme, che non si esaurisce alla sola sfera dei bisogni primari ma che investe l’intera sfera delle necessità e delle aspettative della persona, specie sotto il profilo relazionale, emotivo ed affettivo

Premessa

I dati (2021)

- Nel censimento 2021 dell'Istat per la prima volta anche i senza dimora. Stimate in circa 500 mila.
- Al censimento del 2011 erano circa 125mila
- 2003
- 50% dei SD italiani è in strada da oltre 4 anni;
- Contro il 22.6% degli stranieri;
- il 14% degli stranieri usa i servizi;
- a fronte del 9.8% degli italiani;
- l'assenza di scolarizzazione è in entrambe le classi dello 0,1%
- Scomparsa della figura del "clochard"
- Su 600 persone a Firenze solo pochissimi lo hanno fatto per "scelta"

SD e psichiatria

- 15-20% dei SD lo sono per problematiche psichiatriche;
 - a. Problemi psichiatrici compatibili con i servizi sociali e sanitari;
 - b. Problemi psichiatrici gravi (3-6%)**

SD e psicopatologia

(Cockersell, 2018)

POPOLAZIONE GENERALE

PERSONE SENZA DIMORA

1 – 4%

schizofrenia

16 – 30%

5 – 13%

disturbi di personalità

50 – 70%

11%

disturbi di ansia e depressione

50 – 80%

1,3%

tentativi di suicidio

42%

SD e psicopatologia

- La soluzione homeless è una **soluzione molto specifica**, riferibile essenzialmente ad una soluzione dissociativa difensiva diversa dalle soluzioni dissociative schizofreniche
- spegnimento di aree dolorose che vengono negate con una contemporanea soluzione dissociativa creativa per cui il soggetto, proprio mentre vuole nascondersi si mette particolarmente in evidenza.
- si tratta di separare e custodire aree integre dell'esperienza scompensate da eventi traumatici (evento migratorio)
- Prevenzione della "regressione maligna" (Balint, 1961)

TRAUMA, ATTACCAMENTO E HOMELESSNESS

LA RICHIESTA DI AIUTO

“E’ un gioco raffinato di “nascondino”...allo stesso tempo, però, essi sentono un intenso bisogno di essere cercati, di non essere trascurati, che non li si lasci scomparire, di non dover arrivare a estremi violenti distruttivi e autodistruttivi pur di essere visti”

(Ogden, 2022,p. 55)

SD e psicopatologia

Il quadro clinico è:

«essere visibili nella invisibilità»

Dissociazione dei nessi affettivi (interni/esterni) socio-familiari

Ovvero:

Questi pazienti occupano posti molto frequentati e non sono contattabili minimamente sia sul piano relazionale che affettivo:

Intervento:

- vedere l'invisibilità e ricomporre le cesure nette che questi soggetti hanno organizzato verso il contesto esterno.
- Ricucire a ritroso i nessi socio-familiari nel rispetto dei tempi dei soggetti

TRAUMA E HOMELESSNESS

trauma relazionale (attaccamento)

trauma complesso (abusi o trascuratezza)

- **Trauma complesso** si riferisce a traumi osservabili: eventi traumatici “molteplici, cronici e prolungati”
- **trauma relazionale**: misattunement cronico e stati di disregolazione prolungati nel contesto della relazione di attaccamento precoce
- Il trauma complesso è connesso ai PTSD, mentre il Trauma relazionale alla patologia psichiatrica più ampia.

SD e psicopatologia

- **Post Traumatic Stress Disorder (P.T.S.D.)** può essere causato dalla “esposizione ad un pericolo reale o ad una minaccia di morte; grave pregiudizio per la vita; abuso sessuale” (DSM5)
- Evitamento persistente degli stimoli associati all'evento traumatico: ricordi, pensieri o sentimenti, persone, luoghi, situazioni.
- incapacità a ricordare aspetti specifici dell'evento traumatico (Draman; Patricia,...);
- persistenti ed esagerate convinzioni o aspettative negative relative a se stessi, ad altri o al mondo

SD e psicopatologia

- questi soggetti, quando bisognosi di aiuto psicologico, vengono indirizzati verso servizi territoriali (CSM; SPDC) che, puntualmente, non riescono ad accoglierli perché non potendosi sintonizzare con la dimensione homeless, non si riconoscono di adeguata “competenza clinica” determinando un’ulteriore esperienza di espulsione
- se le posizioni di aiuto sono solo di ordine assistenziale, per quanto in buona fede, si collude con le soluzioni dissociative dei pazienti sostenendone il processo di cronicità che comporta un progressivo adattamento dei soggetti ad un processo di disinvestimento

Le dissociazioni homeless

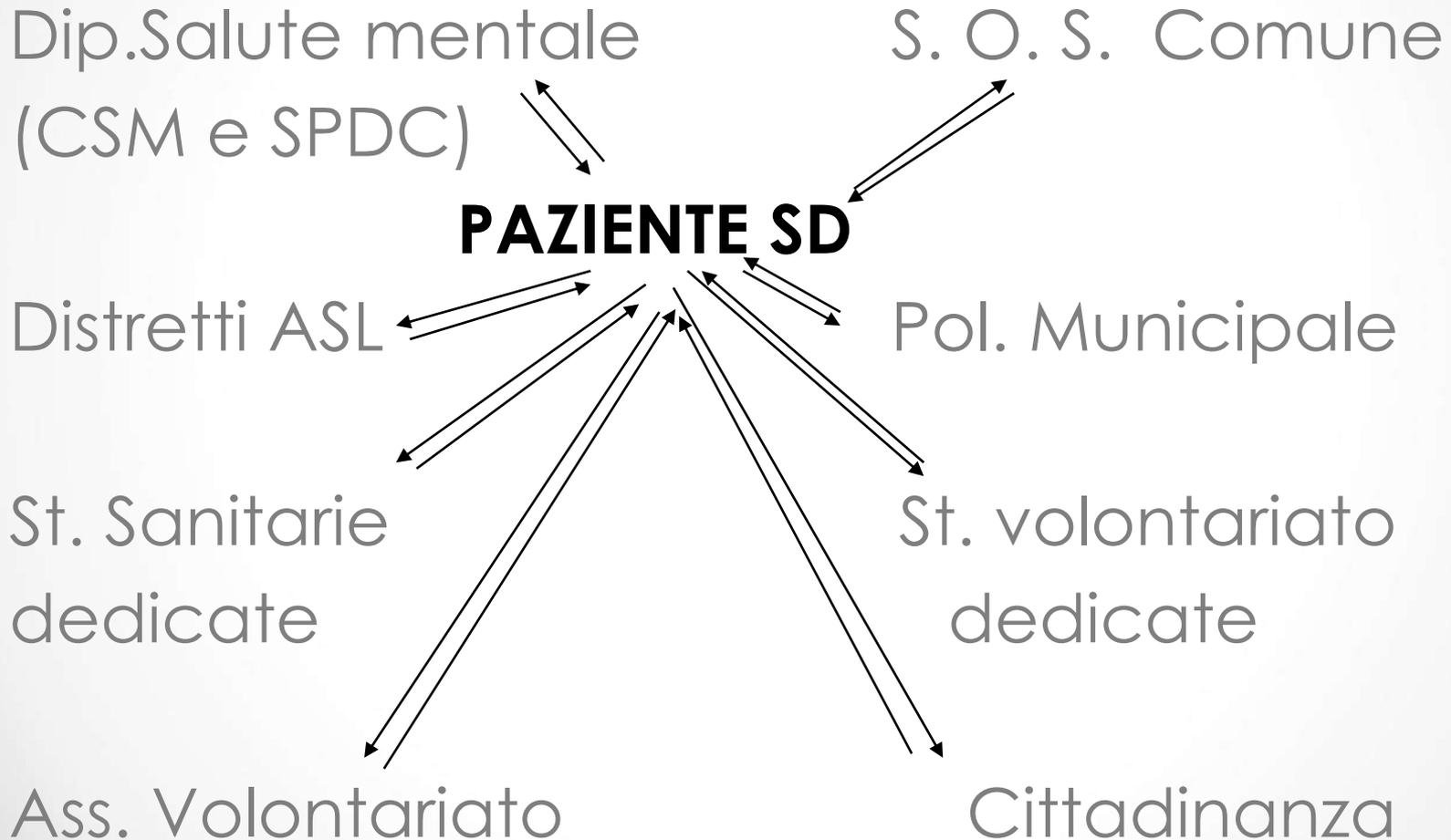
- la soluzione SD è il tentativo di dissociare e custodire aree integre dell'esperienza minacciate da eventi traumatici soprattutto di ordine cumulativo (Khan, 1961).
- La dissociazione prima che "rimozione" è sospensione evolutiva (di integrazione di esperienza)
- Quindi sul piano terapeutico non serve interpretare il rimosso o le resistenze; serve sostenere maggiori e più integrati livelli di funzionamento relazionale e intrapsichico
- Si tratta di una difesa che sospende le possibilità integrative di esperienza. L'esperienza stessa pertanto viene evitata e frammentata.

Psicopatologia SD

- **Problemi diagnostici nei pazienti gravi:**
 - italiani: esiti processuali di schizofrenia (Patrizia; Salvatore; Giovanni...)
 - stranieri: soprattutto DPTS a seguito dell'esperienza migratoria (Joseph; John; Samuel; Patricia; Islam....)
- **La funzione 'coesiva' della posizione di SD;**
 - Spazio SD come area sana di competenza relazionale
 - Sospensione dissociativa 'attiva' dei nessi traumatizzanti
 - l'identità di 'barbone'
 - evitamento della condizione traumatizzante (Gruppo: Mimmo; Massimo; Gianni);
 - evitamento della identità grandiosa traumatizzante

I servizi per SD si strutturano in modo simmetrico alla dimensione psicopatologica dei pazienti: difficoltà di funzionare in rete.

La situazione:



- Collaborazione opzionale → strutturale •

Integrazione?

- **Integrazione come opzione**
 - Protocolli di intesa;
 - Riferimento a buone pratiche;
 - Riferimento a funzionamento ottimale;
 - Responsabilità non chiare
 - Interdipendenze passive
 - Assenza di convenienza reciproca concreta
 - «lamentazione» come registro di funzionamento

Integrazione?

- **Integrazione come organizzazione**
 - Protocolli di collaborazione;
 - definizione di «domini di competenza»
 - interdipendenze fra «domini di competenza» specifica;
 - responsabilità circoscritte e chiare;
 - interdipendenze attive;
 - convenienze reciproche concrete
 - “responsabilità” come registro di funzionamento.

Gruppo integrato per SD gravi

CSM via Di Giorgio (Roma)

- XIV Dipartimento - Sistemi e Rete di Emergenza Sociale e Accoglienza
- Per la ASL Roma1:
 - Centro di Salute Mentale XV Municipio
 - Distretto XV
 - SPDC S. Filippo Neri
 - SPDC Santo Spirito
- Casa di Cura “Villa Maria Pia”
- Residenza «Villa Letizia»
- Servizio Sociale XV Municipio
- Per il Gruppo Sicurezza Sociale V.V. Urbani XV Municipio:
- Suore di S. Teresa di Calcutta al Celio e S. Ufficio
- Enti di Volontariato
 - CARITAS: ?
 - Fondazione Internazionale Don Luigi Di Liegro: ?
 - Parrocchia S. Francesco
 - Comunità di S. Egidio
 - AVO- Roma
 - Cittadini comuni

TRAUMA, ATTACCAMENTO E HOMELESSNESS

- Il soggetto senza dimora, quando si organizza su un grave quadro psicopatologico, non è un “poveraccio”, ma il ragno che tesse e cura la tela in cui vari servizi si ritrovano paralizzati.
- Ancora una volta il soggetto senza dimora non è un povero sbandato, ma un organizzatore attivo e raffinato di una struttura dissociativa che sul piano sociale determina la coesistenza di numerosi servizi, tutti per sè stessi validi, ma incapaci di organizzare un processo dove nessuno “deve risolvere” il problema ma ciascuno sia chiamato a fare la propria parte”
 - (S. Raimondi, G. Riefolo “Uno spazio per chi non ha dimora”, 2023)

SD gravi e servizi psichiatrici

- Dott. Binario: Area '95 -

PROGETTO:

- L'inclusione viene attivamente respinta da questo tipo di pazienti;
- Il quadro clinico può essere letto come:
 - Perdita progressiva e passiva di ogni competenza psicologica;
 - attivo diniego di ogni forma di contatto e di inclusione

Lettura passiva: è collusiva con il progetto patologico;

Lettura attiva del quadro clinico: "il ragno e la ragnatela"

- Si tratta di persone "sane" con una storia ricca.
- Si dispongono attivamente al centro dei contesti sociali
- Attiva capacità di non essere rintracciati
- Prevalenza nella popolazione migrante;
- Si collocano attivamente in una "terra di nessuno"

SD gravi e servizi psichiatrici

- Dott. Binario: Area '95 -

- nella loro regressione questi pazienti non possono tollerare “l’inclusione”, ma bisogna cercare una modalità compatibile (coesiva) che rispetti il livello di funzionamento minimo: “fissa dimora”?
- Ripercorrere a ritroso e in modo creativo il progetto di ritiro attivo del paziente, quindi:
 - Posizione prescrittiva;
 - Recuperare contatti gradualmente;
 - “Ricovero” prima che “dimora”;
 - Ricostruzione della rete storica di origine
 - Accettazione di percorsi ciclici parziali
 - Rispetto dei livelli regrediti di funzionamento

SD gravi e servizi psichiatrici

- Dott. Binario: Area '95 -

- Dal 2010: Gruppo di intervento integrato Presso il CSM di via Di Giorgio (P.te Milvio). Poi SMES-Italia
- 2020-2021: Gruppo aperto per SD presso la Stazione Termini
- 2022: Supervisione mensile: “Quelli che non vogliono“
- Settembre 2022: “Area '95“: ogni giovedì ore 15-19 presso Binario '95. Accesso diretto (contatto preventivo) di utenti SD e collaborazione con Servizi Pubblici e Volontariato
- Utenza in 8 mesi:
- **Criticità:** difficoltà di rete con servizi pubblici(DSM...); Impossibilità ad effettuare terapie farmacologiche, Prescrizioni; documenti ufficiali;

Gruppo Esperienziale Terapeutico per SD

Riefolo G.; Raimondi S. (2020). Homelessness: Il gruppo e la dimora, *KOINOS Gruppo e Funzione Analitica*, VIII, 1-2, 2020, pp.89-107

- Nextop - Magazzino Sociale Cittadino, presso il Termini Social Corner, Via Porta S.Lorenzo, 5. Ogni martedì 9.30-11,00
- Stazione Termini (sala della cappella)

Offrire uno spazio/tempo protetto, ripetuto e costante, di riflessione sulla propria vita, di confronto con gli altri, di reciproco ascolto e supporto

In sostanza, rendere “dinamico” e relazionale ciò che nell’offerta assistenziale è meramente concreto.

- Centro Ospedaliero Psichiatrico di Lisbona dott. Antonio Bento.
- Evoluzione degli interventi effettuati dal gruppo per SD di via Di Giorgio

Interventi terapeutici:

- Dott. Binario: Area '95 -

Gruppo?:

- “l'individuo non può fare a meno di essere membro di un gruppo anche quando la sua appartenenza al gruppo consiste nel comportarsi in modo da far credere che egli non appartiene a nessun gruppo” (Bion, 1961, 141)
- “rivivere concretamente il proprio passato e rielaborarlo in un ‘contenitore’ sicuro può permettere che si creino nuovi ricordi, ovvero esperienze di crescita simulate in un ambiente sintonizzato... le strutture non cancellano i brutti ricordi, ...ma offrono una memoria alternativa...” (Van der Kolk, 2014, 343)

Interventi psicologici:

- Accoglienza; valutazione; prescrizioni farmacologiche; collegamento con i Servizi Pubblici e di volontariato;
- Interventi psicologici brevi-focali

Interventi terapeutici:

- Dott. Binario: Area '95 -

Interventi settembre-maggio 2023:

utenti: 50;

visite: 124

| ETA': | | GENERE. | | NAZIONALITA' | | RESIDENZA | |
|--------------|----|----------------|----|---------------------|----|------------------|----|
| 18-40: | 28 | U: | 29 | Italia: | 13 | Comunitario: | 5 |
| 40-60: | 18 | D: | 19 | Africa: | 18 | Extracom.: | 19 |
| > 60 : | 4 | T: | 1 | altro: | 19 | Roma: | 19 |
| | | | | | | Altre Italiane: | 7 |

ALLOGGIO

| | |
|-------------|----|
| Strada: | 26 |
| C. Accogl.: | 15 |
| Autonomo: | 9 |

DIAGNOSI?

| | |
|-------------|----|
| PTDS: | 13 |
| D. Pers.: | 13 |
| Psicosi: | 14 |
| Dipendenze: | 6 |

ESITI

| | |
|-------------------|----|
| Rimpatrio: | 4 |
| Invio altri serv: | 3 |
| Abbandono: | 5 |
| Autonomia: | 9 |
| Mai venuto: | 11 |
| In corso: | 18 |

Sono in aumento le richieste di “consulenza/intervento” da parte di organizzazioni

SD gravi e servizi psichiatrici

- Dott. Binario: Area '95 -

- Progetto di:
- Collegamenti con il DSM (CSM e SPDC)
 - Collaborazione in atto con CSM di via Palestro (RM.1) e CSM di via Monza (RM.2)
 - SAMIFO?
 - Ambulatorio CARITAS (via Marsala)
- Partecipazione ad un progetto in cui sia previsto
 - L'intervento su strada
 - Presenza di ASS. Sociale nell'équipe
 - Possibilità di ricovero per SD in collaborazione con un Casa di Cura
 - Collaborazione strutturata (e non solo: opzionale...) con Servizi Pubblici e Volontariato (problemi di documenti, residenza, inclusione sociale e abitativa..)

TRAUMA, ATTACCAMENTO E HOMELESSNESS

In definitiva, è solo attraverso la capacità di formare, sostenere e gestire le relazioni che le persone senza dimora riusciranno a trovare un posto nella società e a sostenere una sistemazione. Ciò richiede che i servizi per homeless forniscano non solo ambienti che consentano il senso di sicurezza che disattivi le risposte al trauma, ma anche un ambiente che stimoli la capacità di formare relazioni di fiducia che consentano alla persona di andare avanti e ricostruire la propria vita da una “base sicura” (Bowlby, 1990) dentro se stessi.

(Cockersell, Barreto, 2023)

Infine...lamentazioni

“non ha senso nascondersi dietro l'alibi della mancanza di risorse. La letteratura e le buone prassi internazionali dimostrano che adeguate politiche di *housing* sociale consentono di risparmiare e contenere i costi dell'assistenza, non di aumentarli”

(P. Pezzana: **fiò.PSD**

Federazione Italiana Organismi per le Persone Senza Dimora)

SD gravi e servizi psichiatrici

Il caso di Salvatore D. (50 aa)

- Le «bonifiche» del gruppo 'decoro urbano' alla collina Fleming;
- I contatti preliminari;
- La 'crisi ambientale'
- Il ricovero in TSO e in Clinica
- Contatti con la famiglia a Torino
- Rientro in famiglia: contatti col CSM e mantenimento dei contatti attualmente
- 'manutenzione'

Intervento attivo: due mesi

SD e servizi psichiatrici

Il caso di John: (52 aa)

- Da 26 anni in Italia;
- 18.4.86: Prima segnalazione: Genova
- 13.6.86: “furto aggravato”: Roma
- 18.2.87: fine pena: Frosinone
- **27.2.87**: Firenze; Vicenza; Grosseto; Venezia; Milano; Como; Novara; Napoli, Pozzuoli; Napoli; Civitavecchia; Ronciglione; Viterbo; Rieti; Cittaducale; Rieti (**29.11.2005**); Roma
- L'intervento: la prescrizione della ricostruzione della storia. Le fasi

Intervento attivo: 3 mesi

•

•